Bitte nach Ausdruck mit Unterschrift und Stempel

(bestenfalls) per E-Mail an ilka.mueller-ahrweiler@bag-selbsthilfe.de

oder per Post senden an:

**Absender (bitte hier eintragen)**

**BAG SELBSTHILFE e.V.
Ilka Müller-Ahrweiler**

**Kirchfeldstraße 149**

**40215 Düsseldorf**

**Anmeldung**

|  |
| --- |
| **Veranstaltung****Seminar** **„Rehabilitative Kompetenz durch****Selbsthilfe schon im Krankenhaus stärken“** |

**Ort:** der DJH Jugendherberge Düsseldorf, Düsseldorfer Str. 1 in 40545 Düsseldorf

**Hiermit melde ich mich verbindlich zur o.g. Veranstaltung an:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verband

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Name, Vorname des Teilnehmers/der Teilnehmerin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Funktion im Verband

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
E-Mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefon

[ ]  Ich bin hörbehindert und benötige:

[ ]  eine Induktionsanlage

[ ]  Gebärdensprachendolmetscher

[ ]  Schriftdolmetscher

Ich stimme der Verteilung einer Liste der Teilnehmenden mit Angabe meiner Kontaktdaten an die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu:

[ ]  Ja [ ]  Nein

Mit dieser Anmeldung erkenne ich die untenstehenden Bedingungen zur Teilnahme am Seminar „Rehabilitative Kompetenz durch Selbsthilfe schon im Krankenhaus stärken“ der BAG SELBSTHILFE e.V. in Düsseldorf an.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/ Verbandsstempel

**Anmeldung:**Die Anmeldung erfolgt, indem Sie das Anmeldeformular vollständig ausgefüllt an die im Briefkopf angegebene E-Mail-Adresse (vorzugsweise) oder an die Post-Adresse senden. Begleitpersonen sind separat anzumelden. Die angekündigte Veranstaltung findet nur bei ausreichender Anzahl von Teilnehmenden statt.

Die verfügbaren Veranstaltungsplätze werden nach dem Eingang der Anmeldungen vergeben. Sie erhalten spätestens nach Anmeldeschluss eine verbindliche Bestätigung. Um möglichst vielen Verbänden eine Teilnahme zu ermöglichen, ist die Teilnehmerzahl pro Verband/Gruppe auf zwei Personen begrenzt für den Fall, dass mehr Anmeldungen eingehen, als Plätze verfügbar sind. Die Zusage zur Veranstaltung ist personengebunden und nur mit Zustimmung der Veranstaltenden übertragbar.

**Datenschutz**

Um Ihre Anmeldung bearbeiten zu können, erheben und verarbeiten wir aufgrund der nachfolgend abgegebenen Einwilligungserklärung folgende Ihrer Daten:

Name; Verband; Funktion im Verband; Anschrift; E-Mailadresse; besondere Bedarfe; besonderes Essen

Um sich anmelden zu können, müssen Sie unseren datenschutzrechtlichen Hinweis akzeptieren. Nach Ihrer Anmeldung sammeln und speichern wir die Daten intern zur Erstellung einer Teilnehmerliste.

Wir verwenden Ihre Daten zur Organisation der Veranstaltung, wir drucken einige der Daten (Name, Verband, Mailadresse) in Teilnehmerlisten ab und nutzen ggf. Ihre Kontaktdaten (Name, E-Mailadresse) zum Versand von veranstaltungsrelevanten Materialien (z. B. Programm, Evaluation, Dokumentation).

Sie haben die Möglichkeit, der Nutzung Ihrer Daten zum Zweck der weiteren Veröffentlichung jederzeit zu widersprechen, indem Sie eine E-Mail mit Ihrem Widerspruch an franzisca.hetzer@bag-selbsthilfe.de senden. In diesem Fall werden wir die Zusendung weiterer Information unverzüglich beenden und Ihre Daten löschen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/ Verbandsstempel